



TRABAJO FIN DE GRADO EN ENFERMERÍA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

CURSO ACADÉMICO 2016/2017

***PRÁCTICA DE MINDFULNES EN TRASTORNOS DE LA
CONDUCTA ALIMENTARIA A PARTIR DE UN PROGRAMA DE
EDUCACIÓN PARA LA SALUD***

Autora: Irene Muñoz Carriazo

Tutora: Cristina González Blazquez

ÍNDICE DE CONTENIDO

1. RESUMEN.....	5
2. ABSTRACT.....	6
3. INTRODUCCIÓN	7
3.1 Antecedentes históricos	7
3.2 Definición y criterios diagnósticos de los trastornos de conducta alimentaria..	8
3.3 Epidemiología.....	11
3.4 Principales síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria en salud mental	12
3.5 Rasgos psicopatológicos de los trastornos de conducta alimentaria.....	14
3.6 Terapias psicológicas en los TCA.....	15
3.7 Mindfulness y salud	16
3.8 Mindfulness y enfermería	19
4. OBJETIVOS.....	20
5. METODOLOGÍA	20
5.1 Población a la que se dirige	20
5.2 Criterios de inclusión y exclusión.....	20
5.3 Captación	21
5.4 Desarrollo de la intervención/cronograma.....	21
5.5 Equipo docente y coordinación.....	21
5.6 Recursos materiales	22
5.7 Planificación sesiones educativas	23
6. CONCLUSIONES	29
7. BIBLIOGRAFÍA.....	31
8. ANEXOS.....	34
8.1 Anexo 1. Cartel Informativo	34
8.2 Anexo2. Introducción marco-teórica Sesión nº1	35
8.3 Anexo 3. Escala de estrés percibido	36
8.4 Anexo 4. Guía del observador	38
8.5 Anexo 4. Beneficios de la práctica de mindfulness	39
8.6 Anexo 5. Test de frases incompletas de Sacks	40
8.7 Anexo 6. Técnicas para practicar mindfulness.	44
8.8 Anexo 8. Los 10 mecanismos para crear pensamientos erróneos.....	45

.....	46
8.9 Anexo 9. Conceptos Autoestima.....	48
8.10 Anexo 10. Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)	49
8.11 Anexo 11. Cuestionario de evaluación de un proyecto de educación	52

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria según la CIE-10 y según el DSM-IV	8
Tabla 2. Resumen de los criterios diagnósticos de la Anorexia Nerviosa según la CIE-10 y el DSM-IV	9
Tabla 3. Resumen de los criterios diagnósticos de Bulimia Nerviosa según la CIE-10 y el DSM-IV	10
Tabla 4. Principales síntomas de la anorexia nerviosa	13
Tabla 5. Principales síntomas de la bulimia nerviosa.....	13
Tabla 6. Rasgos psicopatológicos de los TCA	14
Tabla 7. Sesión 1: Introducción a la meditación	23
Tabla 8. Sesión 2: La meditación guiada.....	24
Tabla 9. Sesión 3: ¿Cómo soy? ¿Cómo me ven?	25
Tabla 10. Sesión 4: Observación consciente	26
Tabla 11. Sesión 5: Quiérete (te).....	27
Tabla 12. Sesión 6: “Vamos a evaluarnos”	28

1. RESUMEN

Introducción: En la actualidad los trastornos de la conducta alimentaria, concretamente la anorexia y bulimia nerviosa, están teniendo un papel importante en la población infantil española. En el tratamiento de dichas patologías, además de la farmacológica se aplican múltiples terapias psicológicas y como terapia complementaria a las demás, se está utilizando la práctica de mindfulness.

Objetivo principal: Elaborar un programa de Educación para la Salud sobre Mindfulness en chicas entre 14-17 años con Trastornos de la Conducta Alimentaria en el Hospital de día del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.

Metodología: Se ha planificado un programa de educación para la aplicación del mindfulness en trastornos de la conducta alimentaria. Cada una de las actividades planificadas va encaminada a cumplir un objetivo concreto, todas ellas orientadas al aprendizaje, la práctica de la meditación y la relajación.

Reflexión: La Educación para la Salud es un ámbito donde la enfermería tiene un papel fundamental, aunque en el campo de mindfulness todavía queda mucho camino por avanzar. Gracias a estos programas hacemos que nuestra profesión amplíe sus horizontes.

Palabras clave: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno de la conducta alimentaria, mindfulness, meditación, autoestima, autoconcepto y programa educativo.

2. ABSTRACT

Introduction: Nowadays, eating disorders, especially anorexia and bulimia nervosa, are playing an important role in the Spanish child population. In addition to the pharmacological approach to eating behavioural disorders, multiple psychological therapies are applied for the treatment of these pathologies, among which is the mindfulness practice.

Main objective: To elaborate Health Education Program about mindfulness in girls between 14-17 years old whose diagnosis is Eating Disorders in the “Hospital de día” of “Hospital Universitario Niño Jesús”.

Methodology: A health education program has been designed based on a previous literature review of mindfulness and its relationship with the treatment of eating disorders. Each activity is aimed at fulfilling a specific objective, and all of them are oriented to learning, practice meditation and relaxation.

Reflection: Health Education is an area where nursing plays an important role, although in the mindfulness area there is still a long way to go. Thanks to these programs we can make our profession broaden its horizons.

Key Words: anorexia nervosa, bulimia nervosa, eating behaviour disorder, mindfulness, meditation, self-esteem, self-awareness and educational program.

3. INTRODUCCIÓN

3.1 Antecedentes históricos

Los antecedentes de la anorexia, se remontan a la Edad media, donde ya aparecen relatos de gente que cursaba con una enfermedad en la que rechazaban la comida, su dieta era muy estricta y disfrutaban pasando hambre, aunque parece que estaban más relacionados con penitencias, o sacrificios autoimpuestos como Liduina de Shiedam, Santa del siglo XIV, que vivió durante años alimentándose sólo de trocitos de manzana. (1)

Aparecen otras santas como Santa Margarita de Hungría o Santa Catalina de Siena, en el siglo XIV, que llegó a ser la consejera del Papa Gregorio IX en Avignon quien dejó de alimentarse hasta morir, tras no poder evitar el Cisma de la Iglesia Católica. Por el contrario en esta época hay personajes conocidos que tenían episodios reconocidos de atracón-vómitos, como el Papa Borgia o Enrique VIII, sin ninguna connotación religiosa. (1)

En el siglo XVII, un médico inglés Richard Morton, hizo la primera descripción del cuadro clínico de la anorexia nerviosa (AN). Posteriormente en el siglo XVIII se define algún cuadro de conductas desorganizadas con consumo excesivo de comida y purgas posteriores. (1)

El término de AN, lo acuñó, William Gull (Inglaterra), en el siglo XIX y en esta época Lasègue, un psiquiatra francés, se desvinculó de la parte biológica para dar una respuestas a nivel psicológico y familiar, y se empezó a entender como un cuadro nervioso. Fue también en este siglo y con relación a la anorexia cuando Hooper usó el término de “bulimia emética” (1)

En 1903 se describe el primer cuadro clínico compatible con bulimia y una década después Simmonds, un patólogo alemán, le dio una explicación endocrinológica a la AN, a la que se la describió como “ca quexia hipofisaria”. (1)

A partir de los años sesenta son muchos los trabajos publicados sobre la AN y bulimia. Aunque no fue hasta finales de esta década cuando Russell realiza la primera definición de la bulimia nerviosa (BN) como un trastorno severo de la conducta

alimentaria caracterizada por episodios de sobreingesta, y voracidad, a los que le siguen vómitos, toma de laxantes y/o diuréticos para anular las consecuencias. A pesar de ello no fue incluida hasta 1980, en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM – III. (1)

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 los términos anorexia nerviosa y bulimia nerviosa son incluidos dentro de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). (2)

Trastornos de la conducta alimentaria según la CIE-10	Trastornos de la conducta alimentaria según el DSM-IV
<ul style="list-style-type: none"> • Anorexia nerviosa • Anorexia nerviosa atípica • Bulimia nerviosa • Bulimia nerviosa atípica • Hiperfagia asociada con otras alteraciones psicológicas • Vómitos asociados con otras alteraciones psicológicas • Otros trastornos de la ingestión de alimentos (pica en adultos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Infancia: pica, rumiación y trastorno de ingestión alimentaria de la infancia o la niñez. • Adolescencia: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón.

Tabla 1. Clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria según la CIE-10 (2) y según el DSM-IV (3). Elaboración propia

Tanto la CIE-10 como el DSM-IV enumeran varios subtipos de TCA (Tabla 1). En el presente trabajo nos centraremos en dos subtipos: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa ya que son las patologías más prevalentes dentro de los TCA y están más presentes en el ámbito clínico, lo que me ha permitido tener experiencia durante mis prácticas clínicas en el ámbito de la psiquiatría infantil.

3.2 Definición y criterios diagnósticos de los trastornos de conducta alimentaria

Para la OMS, la AN es un trastorno caracterizado por pérdida de peso intencional inducida y mantenida por el paciente. Se presenta habitualmente en muchachas adolescentes y mujeres jóvenes, aunque puede afectar también a muchachos adolescentes y a hombres jóvenes, al igual que a niños que se acercan a la pubertad y a mujeres mayores, hasta la menopausia. (2)

El trastorno se asocia con una psicopatología específica, en la cual se mantiene como idea recurrente y sobrevalorada un temor a la obesidad y la flaccidez de la silueta corporal, por la cual el paciente se autoimpone un límite de peso bajo. (2)

Existe una gran coincidencia entre los criterios diagnósticos del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) y de la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992), por lo que en la siguiente tabla se resumen y comparan tales criterios:

CIE-10
<p>a) Pérdida significativa de peso ($IMC < 17,5 \text{ kg/cm}^2$). Es autoinducida mediante la evitación de alimentos, vómitos, purgas intestinales, ejercicio excesivo y consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.</p> <p>b) Distorsión de la imagen corporal persistiendo el pavor ante la gordura o la flacidez de formas corporales.</p> <p>c) Trastorno endocrino que se manifiesta en la mujer como amenoreas y en el varón como una pérdida del interés y de la potencia sexual. En el nuevo DSM-V el criterio de la amenoreas ha quedado suprimido. (4)</p> <p>d) La secuencia de las manifestaciones de la pubertad se retrasa, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenoreas primarias; en los varones persisten los genitales infantiles).</p>
DSM-IV
<p>a) Rechazo a mantener un peso en un nivel mínimamente normal para la edad y sexo (por debajo del 85%)</p> <p>b) Miedo intenso a engordar</p> <p>c) Distorsión de la imagen corporal</p> <p>d) Negación de la situación de peligro</p> <p>e) Amenoreas secundarias (con ausencia de, al menos, 3 ciclos consecutivos) o primarias (retraso de la menarquia)</p> <p>Tipos de AN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Restrictivo: durante el episodio, el paciente no incurre en atracones o purgas. - Purgativo: durante el episodio el paciente incurre regularmente en atracones o purgas.

Tabla 2. Resumen de los criterios diagnósticos de la Anorexia Nerviosa según la CIE-10 (2) y el DSM-IV (3). Elaboración propia

La *BN* es un síndrome que se caracteriza por accesos repetitivos de hiperingestión de alimentos y por una preocupación excesiva por el control del peso corporal, que lleva al paciente a practicar una hiperingestión alimentaria seguida de vómitos y uso de purgantes. Este trastorno comparte muchas características comunes con la anorexia nerviosa, incluido el excesivo interés en la apariencia personal y el peso.

El vómito repetitivo puede dar origen a trastornos electrolíticos y a complicaciones físicas. A menudo, pero no siempre, hay antecedentes de un episodio anterior de anorexia nerviosa, con un intervalo que varía de pocos meses a varios años. (2)

CIE-10
<p>a) Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo.</p> <p>b) Intentos de contrarrestar la repercusión sobre el peso mediante: vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, ayunos, fármacos anorexígenos o diuréticos.</p> <p>c) Autopercepción de estar demasiado obeso e ideas intrusivas de obesidad, que pueden conducir a un déficit de peso.</p>
DSM-IV
<p>a) Episodios recurrentes de ingesta voraz, al menos 2 semanales durante 3 meses</p> <p>b) Conductas compensatorias para no ganar peso, con carácter mantenido: vómitos autoprovocados, uso de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ejercicio físico excesivo.</p> <p>c) La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta.</p> <p>Tipos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Purgativo: durante el episodio incurre regularmente en vómitos, laxantes, diuréticos o enemas - No purgativo: durante el episodio incurre en ayunos o ejercicio excesivo, pero no en conductas purgativas.

Tabla 3. Resumen de los criterios diagnósticos de Bulimia Nerviosa según la CIE-10 (2) y el DSM-IV (3). Elaboración propia

3.3 Epidemiología

La mayor parte de los estudios revisados utilizan los mismos criterios diagnósticos para calcular la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en la población. Para poder establecer un diagnóstico de TCA se lleva a cabo en dos fases. En una primera fase: se aplica un cuestionario de barrido “EAT: eating attitudes test” en el que se considera positivo aquellas personas con puntuación superior a 30 y posteriormente una segunda fase donde se realiza una entrevista diagnóstica de TCA para determinar si cumplen los criterios DSM-IV.

A nivel nacional se han llevado a cabo multitud de estudios a lo largo de estos últimos años para calcular la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en la población. Concretamente en la Comunidad de Madrid, el primer estudio epidemiológico llevado a cabo fue realizado por Morandé en el año 1990. Las tasas de prevalencia de TCA fueron del 0% en varones y 1,55% en mujeres. (5)

Ocho años más tarde, Morandé y Casas (1997) replicaron el estudio en la misma población en el que se obtuvieron tasas de prevalencia más altas, donde las mujeres siguen presentando tasas de prevalencia más elevadas que los hombres. Mujeres: 0,69% en Anorexia Nerviosa (AN), 1,24% en Bulimia Nerviosa (BN) y 2,76% en TCA No Especificado (TCANE) y en hombres: 0% de AN; 0,36% de BN y 0,90% de TCANE. (5)

Recientemente, Gandarillas-Grande y Febrel (2002) realizaron un estudio de prevalencia de TCA en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid. Fue seleccionada una muestra amplia y representativa (n=1534) de mujeres adolescentes (de 15 a 18 años). Los datos, tomados sobre el 81,4% de las participantes voluntarias, informan de una tasa de prevalencia de 3,4% de TCA (0,6% AN; 0,6% BN y 2,1% TCNE o cuadros incompletos. (5)

Otro de los estudios realizados en España se llevó a cabo en Navarra. Obtuvieron una muestra de 2862 participantes de edades comprendidas entre 12 y 21 años. La prevalencia total de trastornos alimentarios en la población femenina fue de un 4.1% (95% CI: 3.45-4.95). Las prevalencias específicas se dividían en trastornos alimentarios no específicos con un 3.1% (95% CI: 2.5-3.8), BN con un 0.8 (95% CI: 0.5-1.2) y AN con un 0.3 % (95% CI: 0.1-0.6). (5)

Por otro lado a nivel internacional, se obtienen diferentes datos de prevalencia en función de la zona:

- Colombia: Fred Gustavo Manrique-Abril, Lina Fernanda Barrera Sánchez, Juan Manuel Ospina Díaz (2006). Se realizó un estudio con una muestra de 179 de adolescentes entre 13 y 17 años. Los resultados de prevalencia obtenidos fueron: AN: 1.1% y BN: 10.6 %. (6)
- Ciudad de Bogotá y Sogamoso: Luis Alberto Ángel, Luz Marina Martínez, María Teresa Gómez (2008). Estudio realizado a partir de una muestra de 2770. Las tasas de prevalencia obtenidas fueron: AN: 0.28%, BN: 3.25 % y TCNA: 33.6 %. (7)
- México: Corina Benjet, Enrique Méndez, Guilherme Borges, María Elena Medina (2012). La muestra estudiada fue de 3005 de adolescentes entre 12 y 17 años. Los resultados obtenidos fueron: AN: 0.5%, BN: 1.0% y Trastorno por atracones: 1.4%. (8)

3.4 Principales síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria en salud mental

A continuación se presenta un cuadro resumen con los síntomas más frecuentes de la anorexia nerviosa:

Síntomas comportamentales de la anorexia nerviosa
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Restricción voluntaria de alimentos de contenido calórico elevado con la intención de bajar de peso. ✓ Disminución de la ingesta de agua o líquidos ✓ Conducta alimentaria extraña. Come de pie. Corta el alimento en pequeños trozos, lo estruja o lava ✓ Pesarse compulsivamente ✓ Aumento de la actividad física. En ocasiones, ejercicio compulsivo. ✓ Disminución de las horas de sueño. ✓ Aislamiento social ✓ Aumento de las horas de estudio

Síntomas mentales y emocionales de la anorexia nerviosa
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Trastorno severo de la imagen corporal. ✓ Terror a subir de peso. ✓ Negación total o parcial de enfermedad. ✓ Dificultad de concentración y aprendizaje. ✓ Dificultad en reconocer sus emociones. ✓ Desinterés sexual. ✓ Sintomatología depresiva y/u obsesiva. ✓ Sensación delirioide de lucha interna entre aspectos de su persona.

Tabla 4. Principales síntomas de la anorexia nerviosa. (9) Elaboración propia

De forma análoga se presentan los síntomas más frecuentes de la bulimia nerviosa:

Síntomas conductuales de la bulimia nerviosa
<ul style="list-style-type: none"> ✓ En cuanto a la conducta alimentaria: atracones a escondidas, intentos manifiestos de restricción dietética. Evitación de comidas sociales, ingestión de grandes cantidades de agua, leche y café. ✓ Conducta destinada a compensar atracones y perder peso: vómitos, uso de laxantes, diuréticos y aumento de ejercicio físico. ✓ En el estudio y trabajo disminuyen el rendimiento escolar y laboral e inasistencia a clase o al trabajo. ✓ Evitación de compartir vida familiar y salidas sin límites. Desorden con su ropa, habitación e higiene. ✓ Intensa vida social con intervalos de aislamiento. Vida sentimental intensa, inestable o ausente. Cambios y problemas con amistades.
Síntomas mentales y emocionales en la bulimia nerviosa
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Terror a subir de peso y/o deseo compulsivo de perderlo. ✓ Negación total o parcial de enfermedad. ✓ Sensación de ansia de comer persistente. ✓ Temor a descontrolar y dejarse llevar por sus impulsos. ✓ Sentimientos e ideaciones depresivas con fuerte componente autolítico. ✓ Sensación constante de culpa y facilidad para inculpar a los otros. ✓ Baja autoestima personal, física y a veces moral. ✓ Oscilaciones rápidas del humor y estado de ánimo.

Tabla 5. Principales síntomas de la bulimia nerviosa. (9) Elaboración propia

3.5 Rasgos psicopatológicos de los trastornos de conducta alimentaria

Rasgos psicopatológicos de la anorexia nerviosa :	Rasgos psicopatológicos de la bulimia nerviosa :
<ul style="list-style-type: none"> • Sintomatología depresiva • Ideas o pensamientos suicidas • Síntomas obsesivo-compulsivos • Problemas para recordar o expresar con palabras su malestar. • Alexitimia o incapacidad para darse cuenta de sus emociones. • Anhedonia o impedimento para disfrutar y sentir placer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sintomatología depresiva y de ansiedad. • Ideas o pensamientos suicidas (80% de los casos). • Sintomatología disociativa. • Inestabilidad afectiva. • Conducta impulsiva. • Baja tolerancia a la ansiedad, a la frustración y postrísima autoestima. • Tendencia al perfeccionismo • Necesidad de aprobación, halago. • Voracidad afectiva • Egocentrismo. • Radicalización de términos (todo o nada, blanco o negro) • Confusión de sensaciones y sentimientos • Creencias fijas de gran dogmatismo y rigidez.

Tabla 6. Rasgos psicopatológicos de los TCA. (9) Elaboración propia.

3.6 Terapias psicológicas en los TCA

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son considerados en la actualidad desde una perspectiva multidimensional que incluye factores somáticos, psicológicos individuales, familiares y socioculturales, que se supone interactúan entre sí tanto para desencadenar como para mantener el trastorno. (10)

En el tratamiento de los TCA se han utilizado distintas terapias psicológicas, algunas de las más utilizadas son: terapia cognitivo-conductual, autoayuda y autoayuda guiada, terapia interpersonal, terapia familiar y terapia psicodinámica.

- **Terapia cognitivo conductual (TCC):** es una forma de entender cómo piensa uno acerca de sí mismo, de otras personas y del mundo que le rodea, y cómo lo que uno hace afecta a sus pensamientos y sentimientos.

La TCC le puede ayudar a cambiar la forma cómo piensa (cognitivo) y cómo actúa (conductual) y estos cambios le pueden ayudar a sentirse mejor. A diferencia de otras terapias, la TCC se centra en problemas y dificultades del “aquí y ahora”. En lugar de centrarse en las causas de su angustia o síntomas en el pasado, busca maneras de mejorar su estado anímico ahora. (11)

- **Autoayuda y autoayuda guiada:** la autoayuda tiene como objetivo dotar a los pacientes de conocimientos y habilidades que faciliten la superación o el manejo de sus problemas de salud, con participación mínima por parte del terapeuta¹⁹⁴. Incluye el uso de material escrito (biblioterapia, folletos informativos), programas informáticos, etc. La autoayuda guiada es una modalidad más completa, que utiliza el material de autoayuda, pero añade una orientación mínima por parte de un profesional, que monitoriza el progreso, aclara los procedimientos, responde las preguntas generales y presta apoyo o estímulo en el seguimiento de las recomendaciones de autoayuda. (12)

- **Terapia interpersonal (ITP):** la IPT es una psicoterapia limitada en el tiempo, originalmente pensada para el tratamiento de la depresión. La IPT es una psicoterapia centrada en los problemas psicosociales e interpersonales del enfermo mental o de la persona en demanda de tratamiento. otorga más importancia al presente que al pasado, examinando las relaciones personales del paciente en la actualidad e intentando intervenir en la formación de síntomas y en la disfunción social asociada al presente episodio depresivo o de otra índole. (13)

- **Terapia familiar:** La Terapia familiar es una intervención terapéutica orientada a mejorar el funcionamiento de las relaciones entre los miembros de la familia. La comprensión de cómo la familia se organiza en torno al trastorno es clave para diseñar soluciones adecuadas para la curación de la persona. A menudo, existen familias donde el TCA ha promovido el establecimiento de reglas, roles y una organización familiar específica y es el propio trastorno el que mantiene la función de equilibrar las relaciones, aportando ganancias o utilidades al sistema familiar. (14)
- **Terapia psicodinámica:** Es una terapia focal, a corto plazo y de duración limitada, que enfatiza las relaciones interpersonales del paciente aunque reconoce también el papel de los factores genéticos, bioquímicos, del desarrollo y la personalidad en la génesis de las psicopatologías. Partiendo de estas consideraciones, la intervención terapéutica debe incluir además de cambios de conducta y cognitivos, modificaciones sustantivas en las relaciones interpersonales, tanto familiares como sociales. (10)

3.7 Mindfulness y salud

El origen de mindfulness radica en el Budismo Teheravada, el cual representa el corazón de la meditación. Esta doctrina filosófica o religiosa fue fundada por el Buda Siddharta Gautama, en la India hace 2500 años. (15)

Mindfulness es la traducción del vocablo “Sati” (atención o conciencia) que significa conciencia, atención y recuerdo. Este término anglosajón no tiene una palabra correspondiente al castellano. Mindfulness puede traducirse como “atención plena”, “conciencia plena” o “estar atento”. (15)

En los años 70 se empezó a utilizar el nombre de mindfulness a partir de una mezcla de ejercicios de yoga y Vipassana (que significa ver las cosas tal como realmente son) para el tratamiento del estrés y se ha seguido utilizando para distintas patologías en el área de salud mental. (16)

Mindfulness se basa en cuatro prácticas (17):

1. El escaneo o exploración corporal, que nos ayuda a recuperar la conciencia de nuestras propias sensaciones.

2. La meditación de atención abierta a todo lo que surge momento a momento y que llega a nuestra consciencia a través de los cinco sentidos y la mente.
3. La meditación caminando, que nos ayuda a llevar esa percepción constante a la vida diaria.
4. Los estiramientos o yoga físico

Esto no implica que se tengan que llevar a cabo los cuatro procesos cada vez que se realiza mindfulness. Cada actividad puede realizarse por separado.

La meditación es esencial para nuestra salud mental y nuestro bienestar, pues nos ayuda a desarrollar la atención y la energía necesarias para transformar patrones de hábitos mentales negativos que están firmemente arraigados. (17)

Actualmente hay una creciente evidencia de la eficacia de intervenciones basadas en mindfulness en patologías mentales tales como la prevención de recaídas en depresión recurrente, el tratamiento de los síntomas residuales de la depresión, el abuso de sustancias, los trastornos de ansiedad, TDAH y los trastornos de conducta alimentaria. (16)

También se ha identificado una reducción en los niveles de cortisol asociadas a intervenciones de mindfulness en pacientes con cáncer, en este caso el mindfulness parecía ejercer un efecto regulador de la respuesta de estrés. (16)

Se han observado efectos beneficiosos del mindfulness en reducciones en la frecuencia y la intensidad del afecto negativo, en la ansiedad, en una mayor capacidad de afrontamiento al estrés, incrementos en el rendimiento neuropsicológico, una mejor capacidad para identificar las emociones y regular las emociones, emociones positivas más intensas y mejoras en el bienestar general. (16)

Sin embargo, a pesar de los efectos positivos del mindfulness, la mayoría de los estudios han utilizado grupos control. Los ensayos que se han realizado hasta ahora han comparado las intervenciones basadas en mindfulness con grupos tratados con farmacoterapia o TCC, y han mostrado que las variables de salud en intervenciones con mindfulness no parecían ser superiores a otras terapias. (16)

“Hoy en día, solo algunos estudios han abordado la efectividad del mindfulness en los trastornos de la conducta alimentaria. Hasta ahora los hallazgos prometen y

sugieren que hay una relación inversa entre mindfulness y la conducta alimentaria desordenada” (18)

Se han encontrado diferentes estudios que evalúan la eficacia de una intervención basada en mindfulness en pacientes con TCA y cómo los cambios en la atención plena se relacionan con el cambio en la sintomatología de los TCA. Aunque las muestras eran relativamente pequeñas, se han obtenido resultados positivos como una aceptación de la enfermedad, disminución de pensamientos dicotómicos y disminución de la preocupación por la imagen corporal, así como la mejora de la sintomatología de estos pacientes. Esto sugiere que la práctica de mindfulness puede ser efectiva para reducir los factores asociados con los problemas de conducta alimentaria. (18-20)

Los pacientes con trastornos alimentarios tales como la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa tienden a estar constantemente preocupados por cuestiones como son la perfección, el control y la crítica a la que ellos mismos someten a su propio cuerpo. Estos tipos de rumiaciones son tan abrumadoras que pueden llegar a controlar todas las acciones, creencias, pensamientos y emociones de quienes los padecen. En ese aspecto, la práctica de mindfulness es efectiva para mejorar las habilidades de regulación emocional, ya que permite a quienes la practican dirigir su atención hacia sus objetivos y no quedarse bloqueados en los pensamientos negativos. A su vez, la observación de la emoción que se produce durante el proceso de meditación puede mejorar la familiaridad del meditador con sus emociones negativas y aumentar la tolerancia hacia estas, reduciendo la magnitud y duración de las sensaciones desagradables. (19)

Por otra parte también permite conocer mejor las sensaciones corporales, distinguiendo entre la sensación de hambre y la excitación emocional o por señales externas, lo que a su vez permite disminuir los antojos relacionados con la comida y disminuye el número de atracones, lo que a su vez conduce a una disminución en el índice de masa corporal. (19)

3.8 Mindfulness y enfermería

En el ámbito de la enfermería donde se da un cuidado holístico e integral de la salud, podemos considerar la práctica de mindfulness como una herramienta de utilidad aplicable en las personas con malestar psicológico o que quieran orientar su atención y actividad mental.

Existen múltiples estudios y programas destinados a profesionales de enfermería. El objetivo común suele ser disminuir el estrés o burnout que a menudo presentan los trabajadores. Sin embargo apenas podemos encontrar en la literatura que el propio personal de enfermería sea el que dirija un programa de mindfulness. Tampoco hay conclusiones claras sobre si el personal de enfermería requiere de una formación previa sobre mindfulness para poder impartir dichos programas.

En la taxonomía NANDA encontramos diagnósticos enfermeros, objetivos e intervenciones que están en correlación con los resultados obtenidos con la práctica de mindfulness para la salud y las relaciones.

- Diagnósticos enfermeros: Afrontamiento ineficaz, ansiedad, baja autoestima, cansancio de rol del cuidador, conflicto de decisiones, control de impulsos ineficaz, confusión aguda, desempeño ineficaz del rol, estrés por sobrecarga, impotencia, trastorno de la identidad personal, trastorno de la imagen corporal y procesos familiares disfuncionales. (20)

Así mismo existen varias intervenciones enfermeras (NIC) que se correlacionan directamente con las herramientas de mindfulness:

- Intervenciones (NIC): Facilitar la meditación, disminución de la ansiedad, potenciación de la autoconciencia, presencia, autocontrol del pensamiento distorsionado, autocontrol de los impulsos, técnicas de relajación, apoyo espiritual, mejorar el afrontamiento, ayuda en la modificación de sí mismo, entrenamiento de la asertividad, facilitar permisos, facilitar el crecimiento espiritual, facilitar el duelo, facilitar el perdón, facilitar la autorresponsabilidad, facilitar la expresión del sentimiento de culpa y manejo de la conducta. (21)

4. OBJETIVOS

a) **Objetivo general:** Elaborar un programa de Educación para la Salud sobre Mindfulness en chicas entre 14-17 años con Trastornos de la Conducta Alimentaria en el Hospital de día del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.

b) **Objetivos específicos**

- Determinar el nivel de estrés pre-post intervención de las pacientes diagnosticadas de Trastorno de la Conducta Alimentaria.
- Establecer el nivel de atención plena alcanzado por las pacientes tras finalizar la intervención educativa.
- Capacitar a las pacientes para practicar mindfulness de forma independiente y en cualquier situación de su vida.
- Describir cuáles son los principales pensamientos que están presentes en su mente de forma habitual.

5. METODOLOGÍA

5.1 Población a la que se dirige

Pacientes diagnosticadas de Trastorno de la Conducta Alimentaria (anorexia/bulimia nerviosa) con edades comprendidas entre 14 y 17 años que estén ingresadas en el servicio de Hospital de Día de psiquiatría del Hospital Universitario Niño Jesús.

5.2 Criterios de inclusión y exclusión

- Criterios de inclusión
 - Tener un diagnóstico de Trastorno de la Conducta Alimentaria (anorexia/bulimia nerviosa).
 - Pertenecer al rango de edad entre 14 y 17 años.
 - Ser mujer.
 - Estar ingresada en Hospital de día de psiquiatría
 - Comprometerse a acudir a las sesiones, realizar los ejercicios propuestos y cumplimentar los cuestionarios.
 - Entender el idioma castellano hablado y escrito.

- Criterios de exclusión
 - Tener un diagnóstico de Trastorno de la Conducta Alimentaria que no sea anorexia o bulimia nerviosa.
 - Enfermedad en fase aguda.

5.3 Captación

La enfermera de hospital de día será la encargada de informar a todas las pacientes de la opción de asistir al programa de educación para la salud teniendo en cuenta que es una actividad completamente voluntaria.

Además, a la entrada principal del hospital Universitario Infantil Niño Jesús y en la entrada del hospital de día de psiquiatría habrá un cartel informativo (Anexo 1).

5.4 Desarrollo de la intervención/cronograma

La intervención se llevará a cabo a lo largo de 6 sesiones, entre las que están divididas las diferentes actividades del programa. La duración de las sesiones será de 60 minutos aproximadamente. La periodicidad de las sesiones será una vez por semana, ya que el tema a abordar requiere de un mínimo de continuidad para practicar los ejercicios de meditación. El lugar donde se llevarán a cabo las actividades será dentro del propio hospital de día, en un aula habilitada para ello. Debe procurarse un espacio tranquilo, silencioso, con buena iluminación y temperatura agradable. El número de participantes será entre 12 y 15 miembros, pero siempre dependerá de la cantidad de pacientes que haya ese día en el hospital y deseen participar. La agrupación según la actividad será:

- Grupo pequeño (de 4 a 8): G4-G8
- Grupo grande (de 9 a 15): G9-G15

5.5 Equipo docente y coordinación

- Enfermera 1 (en este caso podría ser yo misma bien como alumna de prácticas o enfermera profesional). Será la encargada de informar a las pacientes del programa de educación y decida de acuerdo a los criterios de inclusión las candidatas para dicho programa. Además coordinará las actividades que componen cada sesión.

- Enfermera 2, cuya función sea apoyar en las actividades programadas en cada sesión.

5.6 Recursos materiales

- Fotocopias de cada cuestionario
- Proyector y pantalla
- Diapositivas (Presentación Power Point)
- Pen-drive
- Grabación meditación guiada
- Ordenador y programas informáticos necesarios (Paquete Microsoft, Reproductor)
- Papel y bolígrafo
- Mesas y sillas
- Alfombra para sentarse o colchonetas.

5.7 Planificación sesiones educativas

SESIÓN N°1: “Introducción a la meditación”

OBJETIVOS EDUCATIVOS	CONTENIDOS	TÉCNICA	TIEMPO	AGRUPACIÓN
Que los asistentes se presenten y se conozcan entre ellos	“Partes del cuerpo” Se forman dos círculos (uno dentro de otro) y se pide que se miren frente a frente. Se les pide que se presenten con la mano y digan su nombre y qué hacen en su tiempo libre. A continuación se da la señal para que giren los círculos en sentido contrario, de tal forma que les toque otra persona enfrente. (22)	Presentación	15´	G9-G15
Que conozcan en qué consiste la práctica de mindfulness	Exposición de los contenidos y objetivos del programa. Marco teórico del mindfulness. (Anexo 2)	Charla expositiva	20´	G9-G15
Que conozcamos el nivel de ansiedad previo a la realización del programa	Los componentes del grupo realizarán un test (Escala de estrés percibido) que evalúa los niveles de ansiedad. (Anexo 3) Al finalizar el programa volveremos a pasarlo para evaluar si ha habido un cambio en los niveles de ansiedad al finalizar las sesiones.	Test	10´	G9-G15
Que aumenten la concentración y atención a través de la práctica de mindfulness	Los participantes se sentarán en una postura cómoda, con los ojos cerrados y centrando su atención en el movimiento de la respiración, en la inhalación y exhalación, haciendo que la exhalación dure el doble de tiempo que la inhalación. Cuando se den cuenta de que su atención se ha distraído, deberán volver la atención a la respiración, sin juzgar lo ocurrido ni la causa de la distracción. El tiempo que tendrán que centrar su atención será durante 1 minuto. (23)	Entrenamiento en respiración	15´	G9-G15
Que expresen experiencias o conocimientos sobre mindfulness	Cada uno de los componentes del grupo expondrá a modo de resumen sus experiencias previas, creencias o conocimientos sobre mindfulness. Además expresarán cuales son las expectativas o que esperan del programa.	Rejilla	15´	G4-G8

Tabla 7. Sesión 1: Introducción a la meditación

SESIÓN N°2: “La meditación guiada”

OBJETIVOS EDUCATIVOS	CONTENIDOS	TÉCNICA	TIEMPO	AGRUPACIÓN
Que conozcan cuáles son los beneficios de la práctica de mindfulness	Exponer los beneficios de la práctica de mindfulness (Anexo 5)	Charla expositiva	20´	G9-G15
Que aumenten la concentración y atención a través de la práctica de mindfulness	<p>Los participantes se sentarán en una postura cómoda, con los ojos cerrados y centrando su atención en el movimiento de la respiración, en la inhalación y exhalación, haciendo que la exhalación dure el doble de tiempo que la inhalación.</p> <p>Cuando se den cuenta de que su atención se ha distraído, deberán volver la atención a la respiración, sin juzgar lo ocurrido ni la causa de la distracción.</p> <p>En esta sesión aumentaremos el tiempo de concentración a 3 minutos. (23)</p>	Entrenamiento de respiración	15´	G9-G15
Que centren la atención en el momento presente y llegar a ser uno mismo.	<p>“Rompe con tu mayor hábito: el de ser tú”.</p> <p>Los componentes escucharán una meditación guiada que trata sobre el arte de ser uno mismo. Para ello nos invitan a que dejemos de lado nuestro mayor hábito, que es el de ser quienes somos. https://comomeditar8.wordpress.com/</p>	Meditación guiada	10´	G9-G15
Que expresen sus emociones y sensaciones.	Cada uno de los componentes expresarán sus sensaciones y emociones que han experimentado durante la meditación guiada.	Rejilla	15´	G4-G8

Tabla 8. Sesión 2: La meditación guiada

SESIÓN N°3: “¿Cómo soy? ¿Cómo me ven?”

OBJETIVOS EDUCATIVOS	CONTENIDOS	TÉCNICA	TIEMPO	AGRUPACIÓN
Que aumenten la concentración y atención a través de la práctica de mindfulness	Los participantes se sentarán en una postura cómoda, con los ojos cerrados y centrando su atención en el movimiento de la respiración, en la inhalación y exhalación, haciendo que la exhalación dure el doble de tiempo que la inhalación. Cuando se den cuenta de que su atención se ha distraído, deberán volver la atención a la respiración, sin juzgar lo ocurrido ni la causa de la distracción. En esta sesión aumentaremos el tiempo de concentración a 5 minutos. (23)	Técnica de respiración	15´	G9-G15
Que mida las emociones del individuo en cuanto a su familia, relaciones interpersonales y auto concepto.	Test de frases incompletas de Sacks (Anexo 6) Es una prueba proyectiva en la medida que cada una de las frases está sólo iniciada y el sujeto debe completarla, de acuerdo a lo que a él le sugieran los enunciados. Se presentan las frases correspondientes a los diferentes temas y áreas, mezcladas. Puesto que se responde por escrito, es evidente que el sujeto es consciente de su respuesta y puede, por lo mismo, manipularla. En otras palabras, es un instrumento muy sensible a los mecanismos de defensa. Por este motivo se alienta a los sujetos a responder con lo primero que se le ocurra, sin pensar mucho su respuesta. (24)	Cuestionario de frases incompletas	10´	G9-G15
Que aprendan y reflexiones sobre quiénes son, profundizar en su autoconocimiento.	¿Cómo soy? ¿Cómo me ven? Se le dará a cada participante un papel tamaño tarjeta y un bolígrafo. El papel debe contener los siguientes títulos: en una cara ¿Cómo soy? y en la otra cara ¿cómo me ven? Junto con el título debe aparecer el nombre y apellido del participante. Cada uno escribirá en la cara del papel que pone ¿Cómo soy? tres adjetivos que le definan. Se devuelven los papeles al docente y este los vuelve a repartir pero de forma aleatoria. Se completarán los adjetivos del compañero que le ha tocado al azar en la cara que pone ¿Cómo me ven? Por último se devolverán los papeles a cada propietario para que cada uno contraste los adjetivos. (25)	Dinámica grupal	35´	G9-G15

Tabla 9. Sesión 3: ¿Cómo soy? ¿Cómo me ven?

SESIÓN N°4: “Observación consciente”

OBJETIVOS EDUCATIVOS	CONTENIDOS	TÉCNICA	TIEMPO	AGRUPACIÓN
Que aprendan las recomendaciones básicas para la práctica de mindfulness.	Recomendaciones para la práctica de mindfulness. Además de la charla expositiva se les entregará la hoja con las recomendaciones para que puedan practicarlas de forma individual. (Anexo 7)	Charla expositiva	20 ´	G9-G15
Que aumenten la concentración y atención a través de la práctica de mindfulness.	Los participantes se sentarán en una postura cómoda, con los ojos cerrados y centrando su atención en el movimiento de la respiración, en la inhalación y exhalación, haciendo que la exhalación dure el doble de tiempo que la inhalación. Cuando se den cuenta de que su atención se ha distraído, deberán volver la atención a la respiración, sin juzgar lo ocurrido ni la causa de la distracción. En esta sesión aumentaremos el tiempo de concentración a 7 minutos. (23)	Técnica de respiración	15´	G9-G15
Que mediten a través de la observación consciente.	“Observación consciente” La observación consciente es una forma de meditación. Los participantes cogerán un objeto, puede ser una taza de café, un lápiz por ejemplo. Lo colocarán es sus manos y permitirán que su concentración sea plenamente absorbida por el objeto. Solo observar. Notarán una mayor sensación de estar presente en el “aquí y ahora” durante el ejercicio. Se volverán mucho más conscientes de la realidad. (26)	Técnica de observación	10 ´	G9-G15
Que descubran los pensamientos erróneos y cómo vencerlos.	“Descubriendo pensamientos erróneos” (27) Se entregará y se explicará la hoja: “Los 10 mecanismos para crear pensamientos erróneos”. (Anexo 8) Se dividen en pequeños grupos. Cada grupo estudiará una hoja de casos, indicando los pensamientos erróneos que encuentre en los distintos casos y escribirá en cada bocadillo un pensamiento positivo alternativo.	Dinámica grupal	15´	G4-G8

Tabla 10. Sesión 4: Observación consciente

SESIÓN N°5: “Quiére (te)”

OBJETIVOS EDUCATIVOS	CONTENIDOS	TÉCNICA	TIEMPO	AGRUPACIÓN
Que entiendan el concepto de autoestima	<ul style="list-style-type: none"> - Qué es la autoestima (Anexo 9) (27) - ¿Cuáles son las bases de la autoestima? - ¿Cómo influye la autoestima en la vida cotidiana? - Síntomas de baja autoestima 	Charla expositiva	20´	G9-G15
Que aumenten la concentración y atención a través de la práctica de mindfulness.	<p>Los participantes se sentarán en una postura cómoda, con los ojos cerrados y centrando su atención en el movimiento de la respiración, en la inhalación y exhalación, haciendo que la exhalación dure el doble de tiempo que la inhalación.</p> <p>Cuando se den cuenta de que su atención se ha distraído, deberán volver la atención a la respiración, sin juzgar lo ocurrido ni la causa de la distracción. En esta sesión mantenemos el tiempo de concentración en 7 minutos. (23)</p>	Técnica de respiración	15´	G9-G15
<p>Que trabajen los aspectos tratados sobre la autoestima de forma práctica</p> <p>Que conozcan el grado de aceptación corporal y de sus partes.</p>	<p>“Aceptación de la figura corporal” (27). A cada participante se le entrega una hoja con preguntas sobre cada parte del cuerpo, en la que tienen que valorar del 1 al 10 el grado de aceptación de cada una de las partes. ¿Soy alta, baja? ¿Soy gorda, flaca? ¿Cómo es mi cuerpo de espaldas, de perfil? ¿Cómo es mi pelo? ¿Cómo es mi cara: ojos, nariz, orejas, boca,...? ¿Cómo es mi cuello? ¿Cómo son mis hombros, mis pechos,...? ¿Cómo es mi abdomen? ¿Cómo son mis genitales: clítoris, vagina,...? ¿Cómo son mis nalgas, mi ano? ¿Cómo son mis brazos, mis manos? ¿Cómo son mis caderas? ¿Cómo son mis muslos, mis piernas, mis pies? ¿Qué partes, al acariciarlas, he sentido placer?</p> <p>Tras la reflexión el grupo se dividirá en grupos de cuatro donde cada comentará con las demás cómo se ve a sí misma.</p>	Ejercicio	25´	G9-G15 G4

Tabla 11. Sesión 5: Quiére (te)

SESIÓN N°6: “Vamos a evaluarnos”

OBJETIVOS EDUCATIVOS	CONTENIDOS	TÉCNICA	TIEMPO	AGRUPACIÓN
Que aumenten la concentración y atención a través de la práctica de mindfulness	Los participantes se sentarán en una postura cómoda, con los ojos cerrados y centrando su atención en el movimiento de la respiración, en la inhalación y exhalación, haciendo que la exhalación dure el doble de tiempo que la inhalación. Cuando se den cuenta de que su atención se ha distraído, deberán volver la atención a la respiración, sin juzgar lo ocurrido ni la causa de la distracción. En esta sesión aumentaremos el tiempo de concentración a 10 minutos. (23)	Técnica de respiración	20´	G9-G15
Que conozcan, tras la realización del programa cuál es su nivel de observación, descripción, ausencia de juicio, actuar con conciencia y ausencia de reactividad.	Cuestionario Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) (Anexo 10)	Test	15´	G9-G15
Que conozcamos el nivel de ansiedad posterior a la realización del programa	Los componentes del grupo realizarán un test (Escala de estrés percibido) que evalúa los niveles de ansiedad. (Anexo 3)	Test	10´	G9-G15
Que evalúen de forma global el programa de educación	Evaluación final: se les entregará una hoja donde las participantes llevarán a cabo una evaluación final del programa. (Anexo 11)	Test	15´	G9-G15

Tabla 12. Sesión 6: **Vamos a evaluarnos**

6. EVALUACIÓN

Para evaluar los resultados de este programa de educación para la salud en mindfulness llevaremos a cabo por un lado evaluando cada sesión de forma individual, y por otro, se hará una valoración final que englobe a todo el programa.

Las sesiones N° 1, 3 y 5 se evaluarán con una guía del observador (Anexo 4).

La sesión N° 2 y 4 se evaluará mediante la técnica PNI (Positivo, Negativo e Interesante). Se entregará una hoja de papel a cada miembro del grupo. Se les pedirá a cada uno, de forma individual, sin consultar con nadie, escriba lo que ha encontrado positivo, negativo e interesante durante la sesión.

Por último, en la sesión final se llevará a cabo la evaluación global del programa. Se entregará a cada participante el cuestionario de evaluación (Anexo 11).

Algo que no se ha comentado en las sesiones es la autoevaluación del profesional de enfermería (que en este caso sería yo) en las actividades que se llevan a cabo. Junto con la evaluación final de cada sesión, se ha realizado una autoevaluación de cómo la enfermera ha llevado a cabo cada una de las actividades: claridad en la exposición, respetar los tiempos, coordinación con la enfermera de apoyo, etc.

7. CONCLUSIONES

Es importante destacar del cronograma o planificación de cada sesión su flexibilidad, ya que está abierto a cambios y variaciones en función de la respuesta del grupo conforme se desarrolle el programa. En un principio esta flexibilidad suponía una limitación, ya que para el equipo requiere un trabajo extra en cuanto a planificación, sin embargo, esto permite adaptar el programa a las necesidades del grupo, de forma que finalmente las actividades sean lo más acorde posible a las participantes.

Añadir que existe la posibilidad de incluir a otros profesionales en el programa tales como psicólogos o trabajadores sociales si fuera posible. En concreto sería interesante la participación de un psicólogo a la hora de comentar los resultados intermedios en cada sesión. Además sería de ayuda para apoyar en las actividades de reflexión en las que las participantes exponen sus opiniones y experiencias de la actividad.

Por otro lado, una de las actividades que hubiera sido de gran utilidad añadir en el programa es la práctica de yoga. Sin embargo, llevar a cabo esta actividad requiere de un profesional formado y especializado en mindfulness.

Se plantea la posibilidad de incluir a la familia, concretamente a los padres, en las sesiones en futuros programas o sesiones que se realicen. Es importante que ellos tomen parte en el proceso de la enfermedad de sus hijas a todos los niveles. Sin un apoyo externo a las actividades del hospital es difícil seguir la continuidad que los Trastornos de Conducta Alimentaria y la práctica de mindfulness requieren.

Por último, cabe la posibilidad de incluir un programa de formación para padres en la terapia de mindfulness. Los padres son un punto de referencia en el proceso de tratamiento, por lo que es necesario llevar a cabo una intervención de educación sobre mindfulness en la familia.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Nieto E, Casado A, García C, Peláez L. Guía de Cuidados de Enfermería Familiar y Comunitaria en los Trastornos de la Conducta Alimentaria FAECAP , editor. Madrid; 2008.
2. Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico. Madrid : Meditor; 1992.
3. American Psychiatric Association, APA. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR. Texto revisado. Barcelona: Masson; 2002.
4. American Psychiatric Association. APA. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-V. Quinta ed.: Editorial Médica Panamericana; 2014.
5. Peláez MA, Labrador FJ, Raich RM. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España: revisión y estado de la cuestión. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace. 2004;(71).
6. Manrique FG, Barrera LF, Ospina JM. Universidad Nacional de Colombia. [Online].; 2006 [cited 2017 Febrero 24. Available from: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35930>.
7. Ángel LA, Martínez LM, Gómez MT. Prevalencia de Trastornos del Comportamiento Alimentario (T.C.A) en estudiantes de bachillerato.. Revista de la Facultad de Medicina. 2008; LVI(3).
8. Benjet C, Méndez E, Borges G, Medina ME. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. Salud Mental. 2012 Nov/Dic; XXXV(6).
9. Gonzalo M. La anorexia. Cómo combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes. Primera ed. Madrid : Temas de hoy; 1999.
10. Fernández ML, Solé J. Protocolo de las sesiones de terapia interpersonal aplicada a un grupo de familiares de pacientes con trastorno de la conducta alimentaria. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. 2003 Octubre ; VIII(1).
11. Royal College of Psychiatrists. La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC). London: Consejo Editorial de Educación Pública del Royal College of Psychiatrists; 2007.
12. Álvarez M, Atienza G, de las Heras H, Fernández R, all e. Guía de Práctica Clínica sobre la depresión mayor en la infancia y adolescencia. [Online].; 2010 [cited 2015 Febrero 25. Available from: http://www.guiasalud.es/egpc/depresion_infancia/completa/apartado00/autoria.html.
13. Heerlein A. Psicoterapia interpersonal en el tratamiento de la depresión mayor. Revista chilena

de Neuro-psiquiatría. 2002 Octubre ; XL.

14. ITA. Instituto de Trastornos Alimentarios. Institut de Trastorns Alimentaris. [Online].; 2016 [cited 2017 Enero 26. Available from: <http://www.itacat.com/familias/terapia-familiar.html>.
15. Salcido LJ. Mindfulness para regular emociones: programa inteligencia emocional plena y su adaptación a una plataforma virtual. Primera ed. Málaga PyDCUd, editor. Málaga; 2014.
16. Feliu , Albert. Caracterización del Trastorno Límite de la Personalidad y efectos del entrenamiento en mindfulness. Primera ed. Barcelona UAd, editor. Barcelona; 2014.
17. Carrillo M. Introducción. In Carrillo M. Mindfulness sencillamente.; 2014. p. 9-19.
18. Alberts HJEM, Thewissen R, Raes L. Dealing with problematic eating behaviour. The effects of a mindfulness-based intervention on eating behaviour, food cravings, dichotomous thinking and body image concern. Appetite. 2012 Enero;(58).
19. Ruiz , Sergio. Mindfulness y estilos de ingesta en la población con Trastornos de la Conducta Alimentaria. Trabajo Fin de Grado en Psicología. Barcelona: Universitat Jaume I; 2015.
20. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. Tercera ed. Madrid: Elsevier; 2016.
21. ELSEVIER. NNNConsult. [Online].; 2017 [cited 2017 Marzo 5. Available from: <http://www.nnnconsult.com/index>.
22. Infancia-Misionera. Dinámicas para trabajar con niños y jóvenes. [Online]. [cited 2017 Abril 2. Available from: <http://www.mercaba.org/Catecismo/DINAMICAS/Din%C3%A1micas%20de%20presentaci%C3%B3n.htm>.
23. Ortega MH. Efectividad de un programa de Mindfulness en familiares de pacientes diagnosticados con enfermedad de Alzheimer. Trabajo Fin de Grado. Madrid : Universidad Autónoma de Madrid , Facultad de Medicina ; 2016.
24. Gamucio ME, Solíz F, Soledad V. Protocolo de diagnóstico e intervencion psicopedagógico. Guía N°3 de diagnóstico rápido. 12-18 años. Primera ed.: Clínica Ambiental ; 2012.
25. Moll S. Justifica tu respuesta. Aprende, enseña, emociona. [Online].; 2016 [cited 2017 Abril 11. Available from: <http://justificaturespuesta.com/actividad-de-autoconcepto-como-soy-como-me-ven/>.
26. Daniel. Recursos de Autoayuda. 6 ejercicios de mindfulness o atención plena.. [Online].; 2016 [cited 2017 Abril 11. Available from: <https://www.recursosdeautoayuda.com/ejercicios-de-mindfulness-o-atencion/>.

27. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.. Taller para adolescentes. 1ª Parte: "Yo valgo la pena: la autoestima". [Online]. [cited 2017 Abril 11. Available from: https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/docs/Ado5_1.pdf.
28. Sánchez JL, Hernández A, López S, Soto S, all. e. Recomendaciones metodológicas básicas para elaborar un proyecto educativo. Primera ed. Salud INdl, editor. Madrid: INSALUD; 1999.
29. Gastaldi A. DocSlide. [Online].; 2015 [cited 2017 Abril 10. Available from: <http://myslide.es/documents/hoja-de-correccion-sacks.html>.
30. Baer R, Smith G, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. Using Self Report Assessment Methods to Explore Faets of Mindfulness. Assessment. ; 2006.
31. Shawn K, Brighid K, Megan H, Lisa N, Joyce C. Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: A systematic review. Eating Behaviors. 2014 Febrero;(15).
32. Butryn M, Juarascio A, Shaw J, Kerrigan S, all. e. Mindfulness and its relationship with eating disorders symptomatology in women receiving residential treatment. Eating Behaviors. 2013 Octubre ;(14).
33. Celis A, Roca E. Terapia cognitivo-conductual para los trastornos de la conducta alimentaria según la visión transdiagnóstica. Acción Psicológica. 2011 Enero; VIII(1).
34. Vardar E, Erzengin M. The prevalence of eating disorders (EDs) and comorbid psychiatric disorders in adolescents: a two-stage community-based study. Turkish journal of psychiatry. 2011 Enero ; IV(22).
35. Nightingale F. Notas sobre enfermería. Qué es y qué no es. Octava ed. Barcelona : Masson; 2002.

15.ANEXOS

15.1 Anexo 1. Cartel Informativo



15.2 Anexo2. Introducción marco-teórica Sesión nº1. (17)

MINDFULNESS

* Es la traducción del vocablo “Sati” (atención o conciencia) que significa conciencia, atención y recuerdo.

* Mindfulness puede traducirse como “atención plena”, “conciencia plena” o “estar atento”.

* En los años 70 se empezó a utilizar el nombre de mindfulness a partir de una mezcla de ejercicios de yoga y Vipassana (que significa ver las cosas tal como realmente son) para el tratamiento del estrés y se ha seguido utilizando para distintas patologías en el área de salud mental.



Observar, percibir, sentir, captar y, sobre todo, contemplar...

La meditación es un método válido para entrenar la atención, aunque también nos puede interesar como forma de llevar más calma a nuestra mente y vivir una vida menos estresada.

Muchos estudios científicos están posibilitando contrastar los resultados de la práctica de la meditación en el cerebro.

Suele haber una ralentización en la producción de pensamientos, por lo que se abren espacios al silencio interior. Comienzas a percibir de forma directa que la conciencia siempre está ahí, mientras que los pensamientos y las emociones aparecen y desaparecen.

Es una herramienta para ayudar a afrontar las emociones sin ser arrastrados por ellas.

¿No estamos suficientemente conscientes?

Normalmente, la atención se dispersa en preocupaciones y pensamientos de forma que pocas veces logramos estar presentes para percibir la multitud de estímulos e información que recibimos en cada momento.

Con la meditación tratamos de observar esos procesos internos y externos aceptando todo lo que surge, sin rechazar nada y percibiéndolos como fenómenos transitorios con los que intentamos no identificarnos.

En la meditación tratamos de observar los pensamientos/emociones como fenómenos que surgen y desaparecen dentro de nosotros pero desde una posición de testigo. Si estamos absortos en nuestros pensamientos la mayor parte del tiempo, no experimentamos de forma directa el momento presente. Nos alejamos de la experiencia sensorial directa. Si estamos analizando, juzgando o rememorando una situación anterior nos perdemos infinidad de detalles que suceden ahora mismo y gran parte de lo que la vida nos trae cada instante.

Mindfulness se basa en cuatro prácticas:

1. El escaneo o exploración corporal, que nos ayuda a recuperar la conciencia de nuestras propias sensaciones.
2. La meditación de atención abierta a todo lo que surge momento a momento y que llega a nuestra conciencia a través de los cinco sentidos y la mente.
3. La meditación caminando, que nos ayuda a llevar esa percepción constante a la vida diaria.
4. Los estiramientos o yoga físico.

La meditación es esencial para nuestra salud mental y nuestro bienestar, pues nos ayuda a desarrollar la atención y la energía necesarias para transformar patrones de hábitos mentales negativos que están firmemente arraigados

15.3 Anexo 3. Escala de estrés percibido

Cuestionario desarrollado por Cohen, Kamarck y Menrmelstein en 1983, validado y traducido al castellano por Remor y Carroble en 2001.

INSTRUCCIONES: Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el **último mes**. Por favor indique con una “X” cómo se ha sentido usted en cada situación.

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes de su vida?	0	1	2	3	4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	0	1	2	3	4
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
10. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	0	1	2	3	4
11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	0	1	2	3	4

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	0	1	2	3	4
14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

Se compone de 14 ítems, de los cuales siete preguntas están redactadas de forma positiva (4, 5, 6, 7, 9, 10, 13), y las otras siete preguntas están redactadas negativamente (1, 2, 3, 8, 11, 12, 14). El formato que utiliza es una escala tipo Likert de 0-4 puntos (0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = de vez en cuando, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo), asumiendo las preguntas redactadas positivamente una puntuación invertida. La puntuación total de la escala alcanzará valores entre 0 y 56 puntos, siendo a mayor puntuación, mayor el nivel de estrés percibido por el sujeto. Los valores tomados determinan: 0-14 no estrés percibido, 15-28 ligera percepción de estrés, 29-42 percepción moderada de estrés, 43-56 severa percepción de estrés. (23)

15.4 Anexo 4. Guía del observador (28)

1. Sesión
2. Tarea (Preparación/Gestión)
3. Tareas específicas
4. Tiempo (Preparación/Presentación/Gestión)
5. Instrumentos (Preparación/Presentación/Gestión)
6. Espacio
7. Clima (Tipo de comunicación: clima tolerante o defensivo/estilo personal/técnicas de gestión: escucha y comunicación, apoyo y refuerzo, conducción de reunión, etc)
8. Participación (asistentes, tipo de participación)
9. Cumplimiento de objetivos
10. Observaciones

15.5 Anexo 4. Beneficios de la práctica de mindfulness (17)

¿Buscas la perfección, el control y la crítica en tu cuerpo?

Este tipo de pensamientos pueden llegar a controlar tus acciones, creencias, pensamientos y emociones.

La práctica de mindfulness es efectiva para mejorar las habilidades de regulación emocional, ya que permite dirigir tu atención hacia tus objetivos y no quedarte bloqueado en los pensamientos negativos.

La observación de la emoción que se produce durante el proceso de meditación puede mejorar la familiaridad con tus emociones negativas y aumentar la tolerancia hacia estas, reduciendo la magnitud y la duración de las sensaciones desagradables.

También, la práctica de mindfulness permite conocer mejor las sensaciones corporales, distinguiendo entre la sensación de hambre y la excitación emocional o por señales externas, lo que a su vez, permite disminuir los antojos relacionados con la comida y disminuye el número de atracones, lo que a su vez conduce a una disminución en el índice de masa corporal.



¿Para qué sirve la práctica de la meditación?

Es una herramienta para conseguir un máximo rendimiento en lo que nos propongamos (ya sea en la educación, el deporte o las artes), ya que se utilizan formas de focalización y de atención plena.

También es una herramienta para transformar y desarrollar el potencial de la mente, además de ayudar a afrontar las emociones sin ser arrastrados por ellas.

En general la meditación va abriendo más espacios de quietud en tu vida general. Si, normalmente una persona está muy centrada en su actividad mental, como es percibir la vida desde el pensamiento, con la meditación nos vamos abriendo a una experiencia vital más directa, sin interpretaciones ni intermediarios.

¿Qué puedes ver, oír y sentir cuando meditas?

Ves, oyes y sientes lo que surge en ese instante, dentro y fuera de ti, y te traen los sentidos. Lo percibes y lo sueltas. Como cuando ves una película o escuchas música. Si te apegas a un instante, a un fotograma, este enseguida forma parte del pasado y ya no recibes lo que viene a continuación. O lo recibes, pero no te has enterado porque tu mente se ha aferrado al pasado. Ves la imagen, escuchas la nota, prestas atención y lo sueltas para seguir recibiendo lo que viene a continuación.

15.6 Anexo 5. Test de frases incompletas de Sacks (24)

TEST DE FRASES INCOMPLETAS DE SACKS

NOMBRE _____ EDAD _____ FECHA _____ TIEMPO _____

INSTRUCCIONES: A continuación hay sesenta frases incompletas. Lea cada una y complétela con lo primero que venga a su mente. Trabaje tan aprisa como le sea posible. En caso de que no pueda completar una, encierre el número correspondiente en un círculo y termínela después.

- 1.- Siento que mi padre raras veces _____
- 2.- Cuando tengo mala suerte _____
- 3.- Siempre anhelé _____
- 4.- Si yo estuviera a cargo _____
- 5.- El futuro me parece _____
- 6.- Las personas que están sobre mí _____
- 7.- Sé que es tonto pero tengo miedo de _____
- 8.- Creo que es un verdadero amigo _____
- 9.- Cuando era niña _____
- 10.- Mi idea de mujer perfecta _____
- 11.- Cuando veo una hombre y a una mujer juntos _____
- 12.- Comparada con las demás familias, la mía _____
- 13.- En las labores me llevo mejor con _____
- 14.- Mi madre _____
- 15.- Haría cualquier cosa por olvidar la vez que _____
- 16.- Si mi padre tan sólo _____
- 17.- Siento que tengo la habilidad para _____
- 18.- Sería perfectamente feliz si _____
- 19.- Si la gente trabaja para mí _____
- 20.- Yo espero _____
- 21.- En la escuela, mis maestros _____
- 22.- La mayoría de mis amistades no saben que tengo miedo de _____
- 23.- No me gusta la gente con _____
- 24.- Antes _____
- 25.- Pienso que la mayoría de las muchachos _____
- 26.- Yo creo que la vida matrimonial _____
- 27.- Mi familia me trata como _____

- 28.- Aquellos con los que trabajo _____
- 29.- Mi madre y yo _____
- 30.- Mi más grande error fue _____
- 31.- Desearía que mi padre _____
- 32.- Mi mayor debilidad es _____
- 33.- Mi ambición secreta en la vida _____
- 34.- La gente que trabaja para mí _____
- 35.- Algún día yo _____
- 36.- Cuando veo el jefe venir _____
- 37.- Quisiera perder el miedo de _____
- 38.- La gente que más me agrada _____
- 39.- Si fuera joven otra vez _____
- 40.- Creo que la mayoría de los hombres _____
- 41.- Si tuviera relaciones sexuales _____
- 42.- la mayoría de las familias que conozco _____
- 43.- Me gusta trabajar con la gente que _____
- 44.- Creo que la mayoría de las madres _____
- 45.- Cuando era más joven me sentía culpable de _____
- 46.- Siento que mi padre es _____
- 47.- Cuando la suerte se vuelve en contra mía _____
- 48.- Cuando doy órdenes, yo _____
- 49.- Lo que más deseo en la vida _____
- 50.- Dentro de algún tiempo _____
- 51.- La gente a quien yo considero mis superiores _____
- 52.- Mis temores en ocasiones me obligan a _____
- 53.- Cuando no estoy, mis amigos _____
- 54.- Mi más vivido recuerdo de la infancia _____
- 55.- Lo que menos me gusta de las mujeres (hombres) _____
- 56.- Mi vida sexual _____
- 57.- Cuando era niña, mi familia _____
- 58.- La gente que trabaja conmigo, generalmente _____
- 59.- Me agrada mi madre pero _____
- 60.- La peor cosa que he hecho _____

(SSCT) Hoja de Corrección SACKS: Evalúa las respuestas al SSCT del sujeto en las 15 categorías listadas abajo, con base en la siguiente escala. (29)

- 2.- Severamente alterado, aparenta requerir ayuda terapéutica en el manejo de los conflictos emocionales en ésta área.
- 1.- Medianamente alterado, Tiene conflictos emocionales en esta área.
- 0.- No hay alteración significativa en esta área.
- X.- Incierto, No hay suficiente evidencia.

I.- ACTITUD FRENTE A LA MADRE. Puntaje_____

- 14- Mi madre
- 29- Mi madre y yo
- 44- Creo que la mayoría de las madres
- 59- Me agrada mi madre, pero

II.- ACTITUD FRENTE AL PADRE. Puntaje_____

- Siento que mi padre raras veces
- 16- Si mi padre tan solo
- 31- Desearía que mi padre
- 46- Siento que mi padre

III.- ACTITUD FRENTE A LA UNIDAD DE LA FAMILIA. Puntaje_____

- 12- Comparada con las demás familias, la mía
- 27- Mi familia me trata como
- 42- La mayoría de las familias que conozco
- 57- Cuando era un niño mi familia

IV.- ACTITUD HACIA EL SEXO CONTRARIO. Puntaje_____

- 10- mi idea de mujer (hombre) perfecta(o)
- 25- Pienso que la mayoría de las muchachas(os)
- 40- Creo que la mayoría de las mujeres (hombres)
- 55- Lo que menos me gusta de las mujeres (hombres)

V.- ACTITUD HACIA LAS RELACIONES HETEROSEXUALES. Puntaje_____

- 11- Cuando veo a un hombre y a una mujer juntos
- 26- Yo creo que la vida matrimonial
- 41- Si tuviera relaciones sexuales
- 56- Mi vida sexual

VI.- ACTITUD HACIA LOS AMIGOS Y CONOCIDOS. Puntaje_____

- 8- Creo que un verdadero amigo
- 23- No me gusta la gente que
- 38- La gente que más me agrada
- 53- Cuando no estoy con mis amigos(as)

VII.- ACTITUD FRENTE A LOS SUPERIORES EN EL TRABAJO O EN LA ESCUELA.
puntaje_____

- 6- Las personas que están sobre mí
- 21- En la escuela, mis maestros
- 36- Cuando veo al jefe venir

- 51- La gente a quien yo considero mis superiores

VIII.- ACTITUD HACIA LAS PERSONAS SUPERVISADAS. Puntaje_____

- 4- Si yo estuviera a cargo
- 19- Si la gente trabajara para mí
- 34- la gente que trabaja para mí
- 48- Cuando doy ordenes, yo

IX.- ACTITUD HACIA LOS COMPAÑEROS EN LA ESCUELA Y EL TRABAJO.

Puntaje_____

- 13- en las labores me llevo mejor con
- 28- Aquellos con los que trabajo son
- 43- Me gusta trabajar con la gente que
- 58- La gente que trabaja conmigo generalmente

X.- TEMORES. Puntaje_____

- 7- Sé que es tonto, pero tengo miedo de
- 22- La mayoría de mis amistades no saben que tengo miedo de
- 37- Quisiera poder perder el miedo de
- 52- Mis temores en ocasiones me obligan a

XI.- SENTIMIENTOS DE CULPA. Puntaje_____

- 15- Haría cualquier cosa por olvidar la vez que
- 30- Mi más grande error fue
- 45- Cuando era más joven me sentía culpable de
- 60- La peor cosa que he hecho

XII.-ACTITUD HACIA LAS PROPIAS HABILIDADES. Puntaje_____

- 2- Cuando tengo mala suerte
- 17- Siento que tengo habilidad para
- 32- Mi más grande debilidad
- 47- Cuando la suerte se vuelve contra mía

XIII.- ACTITUD HACIA EL PASADO. Puntaje_____

- 9- Cuando era niño (a)
- 24- Antes
- 39- Si fuera joven otra vez
- 54- Mi más vívido recuerdo de la infancia

XIV.- ACTITUD HACIA EL FUTURO. Puntaje_____

- 5- El futuro me parece
- 20- yo espero
- 35- Algún día yo
- 50- Dentro de algún tiempo yo

XV.- METAS. Puntaje_____

- 3- Siempre quise
- 18- Sería perfectamente feliz si
- 33- Mi ambición secreta en la vida
- 49- Dentro de algún tiempo

15.7 Anexo 6. Técnicas para practicar mindfulness. (17)

- Buscar un lugar en casa más tranquilo que el resto (tu habitación u otra sala).
- Se puede empezar con unos diez minutos al día. Si es posible, por la mañana temprano. A esa hora, tanto nuestra mente como el mundo exterior suelen estar tranquilos.
- Es importante para un momento la rutina diaria, sentarte en silencio aunque sea solamente un minuto, concentrar la atención y, en la medida de lo posible, mantenerse ahí. Ya es un primer paso, sentir tu cuerpo y escuchar cómo funciona tu mente.
- La inercia de la mente es muy fuerte, y la tenemos entrenada para la acción. A menudo necesitamos sentir que no perdemos el tiempo, y aunque estemos tirados en el sofá, tenemos el ordenador o el móvil con nosotros.
- Podemos hacer un símil de la meditación con el cultivo de un huerto. Cuando comenzamos a cultivar un huerto hay que tener una motivación inicial. Además, si esta se mantiene, hay que hacer un trabajo diario para preparar el terreno, sembrar, regar, quitar las malas hierbas y proteger los tallos tiernos de los pájaros.
- Por tanto, es importante que cada día podamos repetir la práctica de sentarnos durante un minuto. Y después podemos ir añadiendo minutos.
- Es normal que podamos distraernos, la propia naturaleza de la mente es ir y venir. Es como un radar que desde que nos despertamos está dando vueltas a todo lo que tenemos pendiente de resolver, sea cercano o lejano en el tiempo. Pero cuando estás meditando, y eres consciente de que te has alejado de tu objeto de atención (la respiración) vuelves a traer tu consciencia, amablemente y sin reproches, a esa zona en la que estabas centrado, en el momento presente. La meditación no es centrarse exclusivamente en el objeto base (eso sería la concentración), sino que la atención en la respiración ancla la consciencia en el presente y nos centra.

15.8 Anexo 8. Los 10 mecanismos para crear pensamientos erróneos (27)

Mecanismo	Definición	Enunciados típicos
Hipergeneralización	Sacar conclusiones generales incorrectas de un hecho o detalle concreto	Todo el mundo... Siempre... Nadie...
Designación global	Hacer afirmaciones simplistas que dan una visión distorsionada de uno mismo	Soy un... Soy muy...
Filtrado negativo	Ver las cosas fijándose solo en lo negativo	Esto está mal...y esto...y esto...
Pensamiento polarizado o maniqueo	Ver las cosas como enteramente buenas o enteramente malas	Soy totalmente... Es totalmente...
Autoacusación	Sentirse culpable de todo, sea responsable o no de lo ocurrido	No sé cómo, pero lo tenía que haber evitado... Siempre lo estropeo todo...
Personalización o autoatribución	Sentir que lo que sucede alrededor siempre está en relación con uno mismo	Seguro que se refiere a mí... Lo ha dicho por mí...
Proyección	Creer que los demás ven las cosas como uno mismo	Por qué no hacemos esto, a mi hermana le gusta... Tengo frío, ponte un jersey...
Hipercontrol	Pensar que todo está bajo nuestro control	Puedo con todo...
Hipocontrol	Pensar que nada está bajo nuestro control	No puedo hacer nada... Pasará lo que tenga que pasar...
Razonamiento emocional	Usar sentimientos, prejuicios, simpatías o antipatías para valorar la realidad	No me cae bien, luego lo hace mal... Es guay, luego está bien...

Hoja de casos:

He pedido ayuda a un compañero de clase para un trabajo y me ha dicho que no puede. Nadie quiere saber nada de mí.



.....
.....
.....



Los chicos mayores del barrio se meten conmigo y yo me dejo para que no me peguen. No sé hacer otra cosa. Mi padre dice que soy un "lili". Me siento mal



.....
.....
.....



Mi nariz es enorme. Con lo fea que soy, ¿qué chico se fijará en mí?



.....
.....
.....



Pedro se ha reído. Seguro que de mí. Soy un payaso. Todos se burlan de mí.



.....
.....
.....



Soy guapa y los chicos me persiguen. El placer sexual me da asco. Engordaré para que no se fijen en mí. Así nunca haré "guarrerías" con los chicos.



.....
.....
.....



Me ha salido mal un problema de "mates". No sé hacer ninguno. Todos me salen mal.



.....
.....
.....



Pedro se ha reído. Seguro que de mí. Soy un payaso. Todos se burlan de mí.



.....

.....

.....



Soy guapa y los chicos me persiguen. El placer sexual me da asco. Engordaré para que no se fijen en mí. Así nunca haré "guarrerías" con los chicos.



.....

.....

.....



Me ha salido mal un problema de "mates". No sé hacer ninguno. Todos me salen mal.



.....

.....

.....



15.9 Anexo 9. Conceptos Autoestima (27)

¿Qué es la autoestima?

- * Es la percepción evaluativa de uno mismo.
- * Nadie puede dejar de pensar en sí mismo y de evaluarse. Todos desarrollamos una autoestima suficiente o deficiente, positiva o negativa, alta o baja..., aunque no nos demos cuenta.
- * Importa desarrollarla de la manera más REALISTA y POSITIVA posible y que nos permita descubrir nuestros recursos personales, para apreciarlos y utilizarlos debidamente, así como nuestras deficiencias, para aceptarlas y superarlas en la medida de nuestras posibilidades.

¿Cuáles son las bases de la autoestima?

- * El autoconcepto (imagen que una persona tiene acerca de sí mismo y de su mundo personal) en dos áreas: como una persona hábil (capaz de valerse por sí misma) y como una persona sexual (capaz de relacionarse sexualmente con otras personas).
- * La autoaceptación (sentimiento de poseer un yo del que uno no tiene que avergonzarse ni ocultarse; implica una disposición a rechazar la negación o desestimación sistemática de cualquier aspecto del sí-mismo).

* ¿Cómo influye la autoestima en la vida cotidiana?

1. En todos los pensamientos, sentimientos y actos que llevamos a cabo.
2. Sobre el comportamiento.
3. En el aprendizaje.
4. En las relaciones y recibe también la influencia de éstas.
5. En la creación y la experimentación.

* Síntomas de baja autoestima

La persona con baja autoestima:

- Aprende con dificultad, ya que piensa que no puede o que es demasiado difícil.
- Se siente inadecuado ante situaciones vivenciales y de aprendizaje que considera que están fuera de su control.
- Adquiere hábitos de crítica de los demás, de envidia y descontento desde un espacio de victimismo.
- Se acobarda ante la posibilidad de crítica de los demás.
- Autocrítica rigorista, tendente a crear un estado habitual de insatisfacción consigo mismo.
- Hipersensibilidad a la crítica, que le hace sentirse fácilmente atacado.
- Indecisión crónica, no tanto por falta de información, sino por miedo exagerado a equivocarse.

15.10 Anexo 10. Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) (30)

Por favor, califique cada una de las siguientes afirmaciones según la escala propuesta. Marque con una “X” el recuadro que describa de la mejor manera su opinión con respecto a cada afirmación.

1 = Nunca o muy rara vez cierto

2 = Para vez cierto

3 = Algunas veces cierto

4 = A menudo cierto

5 = Muy a menudo o siempre cierto

	1 Nunca o muy rara vez cierto	2 Rara vez cierto	3 Algunas veces cierto	4 A menudo cierto	5 Muy a menudo o siempre cierto
1. Cuando camino, me doy cuenta deliberadamente de las sensaciones de mi cuerpo en movimiento					
2. Soy bueno en encontrar palabras para describir mis sentimientos					
3. Me critico por tener emociones irracionales o inapropiadas					
4. Percibo mis sentimientos y emociones sin tener que reaccionar ante ellos					
5. Cuando hago algo mi mente tiende a divagar y me distraigo fácilmente					
6. Cuando me baño o tomo una ducha, me mantengo alerta a las sensaciones del agua sobre mi cuerpo					
7. Puedo fácilmente poner en palabras mis creencias, opiniones y expectativas					
8. No presto atención a lo que hago por estar soñando despierto, andar preocupado, o distraído de alguna manera					
9. Observo mis sentimientos sin perderme en ellos					
10. Me digo a mí mismo que no me debería estar sintiendo como me estoy sintiendo					
11. Me doy cuenta de cómo alimentos y bebidas afectan a mis pensamientos, sensaciones corporales y emociones					
12. Me es difícil encontrar las palabras para describir lo que estoy pensando					
13. Me distraigo fácilmente					

	1 Nunca o muy rara vez cierto	2 Rara vez cierto	3 Algunas veces cierto	4 A menudo cierto	5 Muy a menudo o siempre cierto
14. Creo que algunos de mis pensamientos no son normales o son malos, y que no debería pensar de tal manera					
15. Presto atención a sensaciones, como el viento entre mi cabello o el sol sobre mi rostro					
16. Tengo problemas para pensar en las palabras indicadas que expresen cómo me siento con respecto a las cosas					
17. Hago juicios sobre si mis pensamientos son buenos o malos					
18. Se me hace difícil mantenerme enfocado en lo que ocurre en el presente					
19. Cuando experimento pensamientos o imágenes mentales aflitivas, me “detengo” y soy consciente del pensamiento o la imagen sin dejar que estos se apoderen de mí					
20. Presto atención a sonidos, como los de las manecillas de un reloj, el cantar de los pájaros, o el pasar de los coches.					
21. En situaciones difíciles soy capaz de hacer una pausa sin tener que reaccionar inmediatamente					
22. Cuando tengo una sensación en mi cuerpo, me es difícil describirla pues no puedo encontrar las palabras indicadas					
23. Parece que actúo en “piloto automático”, sin mayor conciencia de lo que estoy haciendo					
24. Cuando tengo pensamientos o imágenes mentales aflitivas, recobro la calma poco después.					
25. Me digo a mí mismo que no debería estar pensando					
26. Percibo los olores y aromas de las cosas					
27. Incluso cuando me siento terriblemente alterado, soy capaz de encontrar la manera de ponerlo en palabras					
28. Me apresuro entre una y otra actividad sin estar muy atento a cada una de ellas					
29. Cuando tengo pensamientos o imágenes mentales aflitivas, soy capaz de observarlas sin reaccionar					

	1 Nunca o muy rara vez cierto	2 Rara vez cierto	3 Algunas veces cierto	4 A menudo cierto	5 Muy a menudo o siempre cierto
30. Pienso que algunas de mis emociones son malas o inapropiadas, y que no debería sentir las					
31. Me doy cuenta de elementos visuales en el arte o en la naturaleza, como colores, formas, texturas y patrones de luz y sombra					
32. Mi tendencia natural es la de colocar mis experiencias en palabras					
33. Cuando tengo pensamientos o imágenes aflictivas, puedo reconocerlas como tales y dejarlas ir					
34. Realizo deberes o tareas de manera automática sin estar consciente de lo que estoy haciendo					
35. Cuando tengo pensamientos o imágenes mentales aflictivas, me juzgo a mí mismo como bueno o malo, dependiendo del tipo de pensamiento o imagen mental.					
36. Presto atención a cómo mis emociones afectan a mis pensamientos y comportamiento					
37. Usualmente soy capaz de describir en detalle cómo me siento en un momento determinado					
38. Me encuentro a mí mismo haciendo cosas sin prestarles atención					
39. Me desapruebo cuando tengo ideas irracionales					

CORRECCIÓN: Se obtiene una puntuación de la escala general sumando el valor de todos los ítems. Hay que tener en cuenta que los siguientes ítems se puntúan de forma inversa: 3, 5, 8, 10, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 22, 25, 28, 30, 34, 35, 38, 39. El cuestionario FFMQ consta de 5 factores, que se construyen sumando los ítems de la siguiente manera:

- Observación: 1 + 6 + 11 + 15 + 20 + 26 + 31 + 36
- Descripción: 2 + 7 + 12 + 16 + 22 + 27 + 32 + 37
- Actuar con conciencia: 5 + 8 + 13 + 18 + 23 + 28 + 34 + 38
- Ausencia de reactividad: 4 + 9 + 19 + 21 + 24 + 29 + 33
- Ausencia de juicio: 3 + 10 + 14 + 17 + 25 + 30 + 35 + 39

15.11 Anexo 11. Cuestionario de evaluación de un proyecto de educación (28)

Por favor, marque con una X las respuestas correctas

1.- En general ¿qué le ha parecido el programa?

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Muy bueno | <input type="checkbox"/> Malo |
| <input type="checkbox"/> Bueno | <input type="checkbox"/> Muy malo |
| <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Otros |

2.- Las sesiones le han ayudado a...

- Describir y expresar mis sentimientos

Nada ☐ Poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐

- Ser capaz de no distraerme con facilidad cuando hago algo

Nada ☐ Poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐

- Darme cuenta de cómo alimentos y bebidas afectan a mis pensamientos y emociones

Nada ☐ Poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐

-Me resulta fácil encontrar las palabras para describir lo que estoy pensando

Nada ☐ Poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐

- Aumentar mis conocimientos respecto a la práctica de mindfulness

Nada ☐ Poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐

- Aumentar mis conocimientos respecto a la autoestima y el autoconcepto

Nada ☐ Poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐

- Ser capaz de meditar durante 10 minutos sin distraerme

Nada ☐ Poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐

3.- Los coordinadores

- Han empleado un lenguaje

Claro ☐

Confuso ☐

- Han favorecido la participación

Poco ☐

Bastante ☐

Mucho ☐

- La calidad de sus intervenciones le han parecido

Muy buena ☐

Buena ☐

Regular ☐

Mala ☐

- En general la actuación de los coordinadores ha sido para Ud:

Muy adecuada ☐

Adecuada ☐

Inadecuada ☐

4.- Desde su punto de vista, el lugar donde se han realizado las sesiones le han parecido:

Adecuada ☐

Inadecuada ☐

5.- Señale los aspectos que le han parecido más útiles.

6.- Señale los aspectos que le han parecido menos útiles.

Gracias por su colaboración

